STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 5702
8 februari
2016

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2015.183

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.183 van:
A., wonende te B., gemeente C., D., wonende te E., F., wonende te B., gemeente C.,
appellanten, klagers in eerste aanleg,
tegen
G., longarts, werkzaam te H., verweerder in beide instanties,
gemachtigde: mr. M.J. Bos, verbonden aan DAS-rechtsbijstand te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A., B. en C. – hierna klagers – hebben op 15 april 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen G. – hierna verweerder – een klacht ingediend. Bij beslissing van 10 maart 2015, onder nummer 2014-097c heeft dat College de klacht afgewezen.
Klagers zijn van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Verweerder heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.
De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken A./I. (C2015.182), A./J. (C2015.184), A./K. (C2015.185) en A./L. (C2015.186) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 27 oktober 2015, waar klagers en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde, zijn verschenen.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.
*"2. **De feiten***

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting naar voren is gebracht is het volgende komen vast te staan.

2.1 De klacht betreft de behandeling in de periode maart 2012 tot aan het overlijden op 10 februari 2014, van mevrouw M. (verder: de patiënte), geboren 1950.

2.2 Patiënte was de echtgenote, respectievelijk de moeder van klager sub 1. respectievelijk van klaagsters sub 2. en sub 3.

2.3 Bij patiënte zijn in januari 2012 de eierstokken en eileiders verwijderd vanwege eierstokkanker in de linker eierstok. Op 8 maart 2012 is een stadieringsoperatie uitgevoerd, waarbij ook de baarmoeder is verwijderd.
Op 12 maart 2012 is patiënte ontslagen uit het ziekenhuis. Op 12 maart 2012 is door gynaecoloog I. in het medisch dossier vermeld:
"gaat goed
geen vbv geen temp
HW?
→ Ziet pte wel zitten
Poli N."
In de ontslagbrief van 23 maart 2012 aan de huisarts is vermeld:
(….) "Conclusie: ovariumcarcinoom FIGO stadium 1a met volledige stadiering.
Patiente werd in goede conditie ontslagen, maar meldde zich ''s avonds op de spoedeisende hulp in verband met lekkage uit de drain opening. Patiente werd gerustgesteld. De volgende dag meldde patiente zich nogmaals op de spoedeisende hulp i.v.m. een iets dikkere en warmere linker voet.
Geen andere klachten. Aangezien patiente in het verleden een longembolie heeft doorgemaakt, werd besloten om een vaatonderzoek te verrichten waarbij geen aanwijzingen waren voor proximale diepveneuze trombose en/of kuit vene trombose. Patiente werd nogmaals gerustgesteld en zij zal kousen gaan dragen."(…..)

2.4 Diezelfde avond bezocht patiënte de afdeling Spoed Eisende Hulp van het ziekenhuis (verder: SEH), vanwege nalekkage uit de drainwond. In het SEH-dossier is op 12 maart 2012 vermeld:
"Lichamelijk onderzoek
Buik: fors litteken verticaal in midden van de buik, links naast litteken een 1 cm doorsnede wondje waar heel licht wat wondvocht komt, geen tekenen van infectie, temp 38.0"
(…..)
"Behandeling op SEH
Telefonisch overleg dr. I. (gynaecoloog): nu HW, uitleg wondverzorging, voorgeschreven

verbandmiddelen, over 1 week controle poli bij oplopen temp en tekenen infectie contact opnemen"

2.5 *Op 13 maart 2012 bezocht patiënte opnieuw de afdeling SEH van het ziekenhuis met klachten van haar voet. In het SEH-dossier is op 13 maart 2012 vermeld:*
"Lichamelijk onderzoek
Algemene indruk: Niet acuut ziek
E: Temp 36.7
Extremiteiten: Soepele kuiten beiderzijds, linker voet iets warmer dan rechts, niet rood, niet dik. Linker bovenbeen mogelijk dikker dan rechts.
Behandeling op SEH
iom dr N. (pt gezien): steunkous, revisie poli gyn 1 wk"
De uitslag van het duplex-onderzoek op 14 maart 2012 luidde:
"Conclusie: geen aanwijzingen voor proximale DVT en/of kuitvenetrombose links."

2.6 *Op 25 maart 2012 bezocht patiënte, vanwege verdenking op een longembolie, wederom de SEH. Patiënte is lichamelijk onderzocht door de dienstdoende arts-assistent, er is een ECG gemaakt, bloedonderzoek gedaan en een X-thorax en CT-scan van de thorax gemaakt. De uitslag van de CT-scan van 25 maart 2012 (produktie 1 bij verweerschrift) luidde:*
"Conclusie:
Beeld van bilaterale longembolieën in de onderkwabben zoals bovenbeschreven."
In overleg met longarts P. is patiënte opgenomen in het ziekenhuis.
De uitslag van het duplex-onderzoek op 26 maart 2012 luidde:
"Conclusie: geen aanwijzingen voor proximale DVT en/of kuitvenetrombose links en/of rechts."

2.7 *Op 23 april 2012 bezocht patiënte verweerder voor controle na de doorgemaakte longembolie. In het medisch dossier is op 23 april 2012 vermeld:*
"Plan: co over 9 mnd + S + ergometrie + X-thorax + ECG ICC hematoloog"

2.8 *Op 10 mei 2012 bezocht patiënte internist-hematoloog dr. Q. In de brief van 15 mei 2012 aan de huisarts van patiënte schreef de heer Q. o.a.:*
"Bespreking:
Het betreft een recidief longembolie. De oorzaak is niet geheel duidelijk. Patiënte valt in een hoog risicogroep bij een operatie. Patiënte is adequaat met dubbele dosering Fraparine is behandeld. Bij mobilisatie is dit gestaakt. Patiënte is dus lege partus peri-operatief profylactische behandeld. Mogelijk speelt toch de maligniteit een rol bij een verhoogde kans op een DVT. Thrombofilie onderzoek acht ik niet nodig in verband met het ontbreken van beleids consequenties. Mijn advies luidt minstens 1 jaar antistolling. Ik maakte een afspraak op de polikliniek Interne Geneeskunde voor maart 2013 waarop ik zal bezien of de antistolling gestaakt kan worden dan wel gecontinueerd moet worden.
Conclusie:
Recidief longembolie waarvoor minimaal 1 jaar antistolling."

2.9 *Op 24 januari 2013 bezocht patiënte KNO-arts dr. R. vanwege last van de bovenste luchtwegen (keel en oorpijn). In het medisch dossier is door de heer R. genoteerd:*

"Lich. onderzoek:	*oren: beiderzijds oorsmeer* *Neus: rustige slijmvliezen, b.d.z. normaal doorgankelijk.* *Mond/keelholte: rustige slijmvliezen TE* *Indirecte laryngoscopie; rustige slijmvliezen hypopharynx en larynx, symmetrisch bewegende, gladde stembanden.* *(....)*
Behandelvoorstel:	*expectatief*
Opmerkingen:	*controle zo nodig."*

2.10 *Bij controle op de polikliniek longziekten op 15 februari 2013 zijn naar aanleiding van de nieuw ontstane afwijkingen op de thoraxfoto een CT-scan en een bronchoscopie afgesproken. Op basis van deze onderzoeken bleek er sprake te zijn van een adenocarcinoom in de onderkwab van de linker long. Op 6 maart 2013 heeft in opdracht van verweerder bij de patiënte een thoracotomie links met pneumonectomie (ongecompliceerd) plaatsgevonden. Bij nader pathologisch onderzoek werden kankercellen in de lymfvaten in het snijvlak aangetroffen.*
Ter behandeling daarvan is in april 2013 gestart met chemotherapie.
In de brief van 26 april 2013 schrijft verweerder in zijn 'conclusie' aan de huisarts:
*"**Conclusie**: niet-kleincellig longcarcinoom, type adenocarcinoom L858R EGFR-positief, waarvoor nu Cis-Alimta postoperatief. Bij recidief starten Tarceva.*

2.11 *Op 26 april 2013 bezocht patiënte voor controle longarts S.*
In het medisch dossier is onder andere vermeld: dat patiënte zich ziek voelt, misselijk is geweest en futloos is, dat het gewicht gelijk is gebleven, dat patiënte goed slaapt en geen pijn heeft. De röntgenfoto was goed en de labuitslagen waren sufficiënt.

2.12 *Na vier chemokuren is op basis van de uitslagen van het beeldvormend onderzoek besloten tot een expectatief beleid.*

2.13 Op 18 en 25 november 2013 zijn respectievelijk een CT-scan en een röntgenfoto van de longen gemaakt. De uitslagen luidden:
"CT: geen afw in lnn of pneumectomie holte; lever, bijniet; botten
... mogelijk beginnende lymfangitis? Toch viraal"
"X-thorax: afname interstitieel beeld."

2.14 Op 9 december 2013 bleek uit de CT-scan een toename van de afwijking in de long, waarna behandeling met een tyrosine-kinase remmer is gestart.

2.15 Op 13 december 2013 is patiënte gevallen en heeft zij daarbij een lendenwervel gebroken.

2.16 Op 18 december 2013 is een MRI-scan van de hersenen gemaakt op verzoek van de neuroloog i.v.m. dubbelzien. De uitslag van de MRI-scan luidde:
"MRI brein: multiple hersenmetastasen links en rechts en in cerebellum"

2.17 Op 7 februari 2014 brak patiënte 2 lendenwervels. Na het aanmeten van een gipskorset op de SEH is patiënte op eigen verzoek weer naar huis vervoerd. Diezelfde avond is patiënte echter met koorts en het beeld van een longontsteking opgenomen in het ziekenhuis.

2.18 Op 8 februari 2014 is patiënte opgenomen op de Intensive Care (hierna: IC) in verband met een toenemende respiratoire insufficiëntie. In het weekend van 8 en 9 februari 2014 werd de situatie zorgelijk.

2.19 In het "Overzicht en overdracht IC-CCU ADRZ, locatie T., is op 10 februari 2014 genoteerd:
"Datum en verslag:
9-2: gesprek met Dr. K., echtgenoot, 2 dochters, W.:
Huidige stand van zaken doorgenomen: mw. knapt niet op. Is zelfs slechter tov gisteren. Infectiewaarden zijn gestegen. Getallen zoals bijv sat zijn minder. Er zijn grote zorgen omtrent de toestand van mw. We kunnen nu alleen nog, indien nodig, mw non-invasief beademen.
Kweekuitslagen zijn nog niet binnen. Fam emotioneel na dit gesprek. Mw zelf weet wel dat ze erg ziek is, maar weet niet dat de mogelijkheden om haar te behandelen zo beperkt zijn."
In het medisch dossier is op 9 februari 2014 onder andere aangetekend:
"gesprek met echtgenoot en beide dochters
→ ernst vd situatie uitgelegd
+ zinloosheid van IPPV
→ code B besproken"

2.20 Op 10 februari 2014 is het aangepaste 'NTBR formulier VOLWASSEN' door internist-intensivist J. ondertekend. De aanpassing bestond uit het veranderen van Code B naar code B met de volgende aantekeningen:
"geen REA, geen LATO, geen beademen/geen NIV, geen retour IC"

2.21 Op 10 februari 2014 is in het multidisciplinair overleg (verder: MDO) besloten patiënte op 11 februari 2014 over te plaatsen naar de afdeling Longziekten.
In de nacht van 10 op 11 februari 2014 is patiënte overleden.

2.22 In de brief van 11 februari 2014 aan de huisarts staat onder andere:
(...) "Huidige opname:
Patiënte was op 07/02/2014 opgenomen op de AOA met een pneumonie en respiratoire insufficiëntie.
Op 08/02/2014 vertoonde patiënte persisterende hypotensie niet reagerend op vulling.
Zij werd opgenomen op de IC, opgelijnd en noradrenaline werd in lage dosering opgestart.
Majeur probleem bleek een ernstige hypoxie. Ondanks breedspectrum antibiotica, adekwate antico en negatieve vochtbalans klaarde de respiratoire toestand niet op.
Gezien de comorbiditeit werd besloten tot een NR/NB beleid. Dit werd uitgebreid met de familie besproken. Op 10/02 in rust op de linker zijde een rustige ademhaling en een saturatie van 99%. Echter bij rugligging een desaturatie tot 78% en zuurstofkapje. In overleg met de longarts zou patiënte op 10/02 worden overgeplaatst naar de afdeling longziekte.
Echter kort daarvoor is zij plotseling overleden.
Conclusie:
Respiratoire insufficiënte bij boven vermelde voorgeschiedenis gevolgd door plotseling overlijden op de ICU.

3. **De klacht**

Klagers verwijten verweerder zakelijk weergegeven dat hij:

3.1 op 23 april 2012 geen scan wilde laten maken ter controle van het verdwijnen van de longembolie;

3.2 geen MRI van het hoofd heeft laten uitvoeren in de periode maart-november 2013;

3.3 een combinatie van chemotherapie is gestart bij patiënte zonder dat de EGFR bekend was, welke factor behandeling met een minder toxisch middel mogelijk had gemaakt;

3.4 onvoldoende heeft gecommuniceerd met de intensivisten op IC-afdeling in de periode 7 t/m 9 februari 2014;

3.5 de overplaatsing van patiënte van de IC-afdeling naar de longafdeling op 10 februari 2014 niet heeft tegengehouden.

4. **Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. ***De beoordeling***

5.1 Verweerder wilde op 23 april 2012 geen scan laten maken ter controle van het verdwijnen van de longembolie (klachtonderdeel 3.1).

Uit de stukken blijkt dat op 25 maart 2012 (4 weken daarvoor) reeds een CT-scan van de longen en de buik was gemaakt. Het was dan ook een verdedigbare beslissing om zonder dat daarvoor een specifieke aanleiding bestond op 23 april 2012 niet nogmaals een CT-scan van de longen te laten maken. Daarom dient dit klachtonderdeel te worden afgewezen.

Ter zitting deelde klager mede dat zijn verzoek om een CT-scan voortkwam uit de gedachte dat er een verband bestaat tussen een longembolie en het ontstaan van longkanker. Zoals het College ter zitting heeft toegelicht, ontstaat longkanker niet uit eerder doorgemaakte longembolieën.

5.2 Verweerder heeft in de periode maart-november 2013 geen MRI van het hoofd laten uitvoeren (klachtonderdeel 3.2).

a. In het medisch dossier is op 25 oktober 2013 voor het eerst door patiënte melding gemaakt van steken in het hoofd. Daarover is onder andere vermeld:
"(...) Oren last en af en toe steken hoofd. (...)"

b. Op 18 november 2013 is in het medisch dossier vermeld:
"(...) Dyspnoe st. quo; steken in hoofd nagenoeg weg. Slechts nog enkele keer aanwezig.(...)"

c. Op 9 december 2013 is in het medisch dossier vermeld:
"(...) Voelt zich zweverig/onzeker
Visus iets minder: oogarts geen verklaring
Handschrift ook minder
C/m.i. progressie
Plan: CT herhalen en indien bewezen start Tarceva
Cave hersenmeta's: ICC neuro."

Gezien voorgaande dossieraantekeningen zijn op 9 december 2013 voor het eerst duidelijk afwijkende neurologische verschijnselen (visus/handschrift) gemeld door patiënte, die aanleiding gaven tot nader neurologisch onderzoek. Patiënte is daarop door verweerder naar de neuroloog doorverwezen.

Het verwijt dat verweerder in de periode maart-november 2013 geen MRI heeft laten maken is op grond van het vorenstaande dan ook ongegrond en dient te worden afgewezen.

5.3 Verweerder is een combinatie van chemotherapie gestart bij patiënte zonder dat de EGFR mutatie analyse bekend was, terwijl bekendheid van deze factor behandeling met een minder toxisch middel mogelijk had gemaakt (klachtonderdeel 3.3).

Uit de stukken blijkt dat verweerder in april 2013 bij de chemotherapie-behandeling van patiënte de geldende 'Landelijke richtlijn, Versie 2.0 Niet-kleincellig longcarcinoom' heeft gevolgd.

Toen op 22 april 2013 de moleculaire diagnostiek bekend was (EGFR-mutatie) heeft verweerder overleg gevoerd met het X. Ziekenhuis te Y. (verder: AvL) over het te voeren beleid.

In het medisch dossier is op 22 april 2013 vermeld:
"EGFR L858R = +
I.o.m AvL: in 1e instantie cis/alimta
Afmaken
Bij recidief start Tarceva"

Uit de stukken blijkt dat verweerder het advies van het AvL van 22 april 2013 heeft overgenomen. Nu dit advies bij het College geen bedenkingen ontmoet, kan de arts daaromtrent dan ook geen verwijt worden gemaakt. Aldus dient dit klachtonderdeel eveneens te worden afgewezen.

5.4 Verweerder heeft onvoldoende gecommuniceerd met de intensivisten op IC-afdeling in de periode 7 t/m 9 februari 2014 (klachtonderdeel 3.4).

Uit de 'decursus longgeneeskunde' periode 15 januari 2014 t/m 21 maart 2014 (datum nagesprek met de familie) blijkt dat er op 8, 9 en 10 februari 2014 contact is geweest tussen verweerder en de intensivist c.q. de IC-afdeling.

a. Op 8 februari 2014 is door verweerder onder andere in het dossier vermeld:
"08-2-2014: G.; kliniek; 3.00 uur
(...) IC ingelicht: komen bij patiënt kijken
08-02-2014/ G.,. / klinische notitie: 12.00
Op IC: Nog niet geïntubeerd. Goed aanspreekbaar, maar wel slechte gassen.
Overleg intensivist: afwachten effect antibiotica. (...)

b. Op 9 februari 2014 is door verweerder onder andere in het dossier vermeld:
"09-02-2014 / G., / klinische notitie
Patiënt op IC. Nog niet geïntubeerd. Afwachten beloop. Dochters en patiënte zelf gesproken (...)"

c. Op 10 februari 2014 is door verweerder onder andere in het dossier vermeld:
10-02-2014; G. poliklinische notitie.
"Gebeld door collega J. op IC. Willen patiënt naar afdeling overplaatsen?
Gezien het vorenstaande kan van gebrekkige communicatie niet worden gesproken en dient dit klachtonderdeel te worden afgewezen.

5.5 Verweerder heeft de overplaatsing van patiënte van de IC-afdeling naar de longafdeling op 10 februari 2014 niet tegengehouden (klachtonderdeel 3.5).
Patiënte was op 10 februari 2014 opgenomen op de IC-afdeling en viel daarmee onder de verantwoordelijkheid van de artsen op de IC-afdeling.
In het MDO van de IC-afdeling op 10 februari 2014 10.30 uur is blijken het medisch dossier afgesproken:
"MDO
– nor afbouwen stop.
– mag daarna naar afd.
– mag rug belasten naar 'kunnen" afh. v.d. pijn."
De volgende aantekeningen in hetzelfde dossier zijn:
"Dr. Z. 19.00
– Geen overplaatsing naar afdeling
– 11/2 in de ochtend familiegesprek Dr. G. en dochter; daarna eventueel ontslag (...)"
Om dit verwijt te kunnen beoordelen, dient eerst vast te staan dat het voornemen tot overplaatsing naar de afdeling geen juiste beslissing is geweest.
Nu niet 'het besluit tot overplaatsing' als verwijt is gericht tegen verweerder, doch slechts het feit dat verweerder de overplaatsing niet heeft tegengehouden, kan Het College slechts marginaal beoordelen wat de rol van verweerder hierin is geweest.
Duidelijk is dat verweerder twee vraagtekens in het medisch dossier heeft geplaatst bij de mededeling op 10 februari 2014 door intensivist J., dat 'patiënte zou worden overgeplaatst naar de afdeling' (zie hierboven onder 3.4c).
Vervolgens is in het verpleegkundig dossier op 10 februari 2014 in de 'late dienst' onder andere aangetekend:
(...) Per order Dr. G. een Dr. L. geen overplaatsing naar afdeling D, eerst gesprek tussen familie en Dr. G. in de ochtend van 11-02-2014."
Een en ander is echter ingehaald door het onvoorziene overlijden van patiënte in de nacht van 10 op 11 februari 2014, waarmee niet duidelijk is kunnen worden wat het mogelijke resultaat zou zijn geweest van het gesprek van verweerder met de familie op 11 februari 2014. Nu het College het verwijt niet kan beoordelen, zal de klacht op dit punt dienen te worden afgewezen.

5.6 De conclusie is dat verweerder met betrekking tot de klacht geen verwijt zoals bedoeld in artikel 47 eerste lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan worden gemaakt. De klacht zal dan ook als ongegrond worden afgewezen".

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, met dien verstande dat het Regionaal Tuchtcollege in rechtsoverweging 5.4 ten onrechte is uitgegaan van 22 april 2013 als datum waarop de moleculaire diagnostiek bekend is geworden en waarop verweerder overleg heeft gevoerd met het X. te Y. Klagers hebben in hoger beroep naar voren gebracht dat zij in eerste aanleg al meerdere malen hadden aangegeven dat dit niet op 22 april 2013 maar op 12 april 2013 had plaatsgevonden. Verweerder heeft laatstgenoemde datum bij dupliek bevestigd. Het Centraal Tuchtcollege zal van de datum 12 april 2013 uitgaan.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 Klagers beogen met hun beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling voor te leggen. Klagers hebben daartoe aangevoerd dat het Regionaal Tuchtcollege niet alle door klagers aangeleverde producties bij zijn beoordeling heeft betrokken en zonder steekhoudende argumenten een onjuiste beslissing heeft gegeven, die er kennelijk op is gericht alles met de mantel der liefde te bedekken en de zaak in de doofpot te stoppen. Ook in hoger beroep is de kern van het verwijt dat verweerder

1) op 23 april 2012 geen scan wilde laten maken ter controle van het verdwijnen van de longembolie,
2) geen MRI van het hoofd heeft laten uitvoeren in de periode maart-november 2013,
3) een combinatie van chemotherapie is gestart bij patiënte zonder dat de EGFR-mutatie bekend was, welke factor behandeling met een minder toxisch middel mogelijk had gemaakt,
4) onvoldoende heeft gecommuniceerd met de intensivisten op de IC-afdeling in de periode 7 tot en met 9 februari 2014, en

5) de overplaatsing van patiënte van de IC-afdeling naar de longafdeling op 10 februari 2014 niet heeft tegengehouden. Het beroep strekt ertoe dat de klacht van klagers alsnog gegrond wordt verklaard.

4.2 Verweerder heeft verweer gevoerd en heeft geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

Verweerder wilde op 23 april 2012 geen scan laten maken ter controle van het verdwijnen van de longembolie.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft hetgeen het Regionaal Tuchtcollege op dit punt onder 5.1 heeft overwogen en beslist. Op 25 maart 2012 was al een CT-scan van de longen en de buik gemaakt. Behoudens bijzondere omstandigheden is een CT-scan ter controle niet in het belang van een patiënt. Het maken van een CT-scan heeft geen therapeutische consequenties. Aan patiënte werd namelijk al voor één jaar na de longembolie antistolling voorgeschreven. Een extra CT-scan levert alleen extra stralingsbelasting en mogelijk onnodige toediening van contrast op. Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat longkanker kan ontstaan uit een doorstane longembolie. Ook een doorstane longembolie was daarom geen reden voor het maken van CT-scan om na te gaan of sprake is van longkanker.

Verweerder heeft in de periode maart-november 2013 geen MRI van het hoofd laten uitvoeren.

4.5 Het Regionaal Tuchtcollege heeft geconstateerd dat volgens het medisch dossier patiënte voor het eerst op 25 oktober 2013 melding heeft gemaakt van steken in het hoofd *'(...) Oren last en af en toe steken hoofd. (...)'*.

Een volgende vermelding dateert van 18 november 2013:

'(...) Dyspnoe st. quo; steken in hoofd nagenoeg weg. Slechts nog enkele keer aanwezig. (...)'.

Op 9 december 2013 is in het medische dossier vermeld:

'(...) Voelt zich zweverig/onzeker
Visus iets minder: oogarts geen verklaring
Handschrift ook minder
C/m.i. progressie
Plan: CT herhalen en indien bewezen start Tarceva
Cave hersenmeta's: ICC neuro'.

Vervolgens heeft het Regionaal Tuchtcollege overwogen dat gezien de voornoemde dossieraantekeningen voor het eerst op 9 december 2013 duidelijk afwijkende neurologische verschijnselen (visus/handschrift) door patiënte zijn gemeld en dat deze aanleiding gaven tot nader neurologisch onderzoek. Het Regionaal Tuchtcollege concludeert dat het aan verweerder gemaakte verwijt dat hij in de periode maart-november 2013 geen MRI heeft laten maken ongegrond is.

Klagers zijn het niet eens met die conclusie. Zij voeren aan dat er geen consult voorbij is gegaan – de echtgenoot van patiënte was daarbij altijd aanwezig – of patiënte heeft aangegeven last te hebben van haar hoofd, met name steken in het hoofd. Volgens klagers werden deze signalen categorisch genegeerd. Het niet noteren van die klachten mag, kort samengevat, niet ten nadele van patiënte komen.

Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het vanzelf spreekt dat een medisch dossier compleet dient te zijn. Of daarvan in deze zaak sprake is kan in het midden worden gelaten omdat dit geen invloed heeft op het hierna weer te geven oordeel van het Centraal Tuchtcollege.

Nu klagers niet hebben aangegeven dat patiënte ook vóór 9 december 2013 de hierboven genoemde duidelijk afwijkende neurologische verschijnselen van visus en handschrift had, moet het Centraal Tuchtcollege ervan uitgaan dat hiervan niet eerder sprake was. Dat leidt tot het oordeel dat in de periode maart-november 2013 niet voldoende reden bestond een MRI te laten maken. Het door klagers gemaakte verwijt moet daarom ongegrond worden verklaard.

Verweerder is een combinatie van chemotherapie gestart bij patiënte zonder dat de EGFR mutatie analyse bekend was, terwijl bekendheid van deze factor behandeling met een minder toxisch middel mogelijk had gemaakt.

4.6 Zoals ook het Regionaal Tuchtcollege heeft vastgesteld heeft verweerder de geldende 'Landelijke richtlijn, Versie 2.0 Niet-kleincellig longcarcinoom' gevolgd. Daarnaast heeft hij na ontvangst van de uitslag van de EGFR-mutatie overleg gevoerd met het X. in Y. over het te voeren beleid.

Gelet op het vorenstaande kan aan verweerder niet het verwijt worden gemaakt dat hij onjuist heeft gehandeld door te starten met cis/alimenta en deze kuur af te maken alvorens te starten met het middel Tarceva.

Verweerder heeft onvoldoende gecommuniceerd met de intensivisten op de IC-afdeling in de periode 8 februari 2014 (datum opname patiënte op de IC-afdeling) tot en met 10 februari 2014 (datum overlijden patiënte)

4.7 Het Regionaal Tuchtcollege heeft in zijn beslissing verschillende contacten tussen verweerder en de intensivist dan wel de IC-afdeling op 8, 9 en 10 februari 2014 opgenomen.

Daarbij staat telkens een korte weergave van wat tijdens het contact is besproken.

Klagers voeren aan dat uit niets blijkt dat sprake is geweest van (zinvolle) communicatie dan wel overleg.

Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de opgenomen weergave van de contacten

JE MAINTIENDRAI

voldoende is geweest en dat het verwijt niet gegrond is.
Voor zover klagers het gevoel hebben gehad dat er iets schortte aan de communicatie en/of het overleg van verweerder met de intensivist dan wel de IC-afdeling en zij naar aanleiding daarvan vragen hadden, had het op hun weg gelegen deze vragen aan verweerder kenbaar te maken zodat deze hierop zou kunnen antwoorden.
Verweerder heeft de overplaatsing van patiënte van de IC-afdeling naar de longafdeling op 10 februari 2014 niet tegengehouden.

4.8 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat verweerder niet langer de hoofdbehandelaar was op het moment dat patiënte op de Intensive Care was opgenomen.
Het Centraal Tuchtcollege stelt voorts vast dat de definitieve beslissing over een overplaatsing van patiënte dan ook niet door verweerder kon worden genomen.
De beslissing tot overplaatsing is uiteindelijk genomen in het multidisciplinair overleg (MDO).
Een verwijt aan verweerder, niet zijnde de hoofdbehandelaar, dat hij de overplaatsing niet heeft tegengehouden is in dit geval, behoudens uitzonderlijke omstandigheden waarvan niet is gebleken, niet op zijn plaats.

4.9 Uit het voorgaande volgt dat de beoordeling van de klacht in hoger beroep niet tot een andere uitkomst dan die van het Regionaal Tuchtcollege zal leiden. Het beroep zal daarom worden verworpen.

4.10 Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekend gemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorgjurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. J.P. Balkema en mr. A. Smeeing-van Hees, leden-juristen en dr. F.J.J. van den Elshout en dr. P.J.Q. van der Linden, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 12 januari 2016.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.